

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE **154** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Aimé AMRAM

Né le 17 Juin 1903 à Constantine (Algérie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'IMPUISSANCE SEXUELLE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Aimé AMRAM

Né le 17 Juin 1903 à Constantine (Algérie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'IMPUISSANCE SEXUELLE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANCON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	{ DELBET.
	{ CUNÉO.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER....	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chi- rurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE ...	Anatomie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
LAROCHÉ (Guy) .. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
MILLOT Histologie.
MONDOR Pathologie chirurgicale
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
MULON Histologie.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIEVRE ... Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et syphili-
graphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VAUDESCAL Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT..... Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
RETTERER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU.....	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.	LE LORIER.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de ma pro-
fonde affection.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

Professeur de clinique
des maladies mentales et des maladies de l'encéphale

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse. En
hommage de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

Professeur agrégé. Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CENAC

Ancien chef de clinique de la Faculté de Paris

INTRODUCTION

L'impuissance a été très peu étudiée jusqu'à ces dernières années les connaissances étant alors basées sur des données empiriques.

De nombreux travaux récents sur la sexualité en ont fait un sujet d'actualité et ont donné lieu à un faisceau convergeant de recherches physiologiques, histologiques, endocrinologiques, neurologiques, et psychologiques.

Ces travaux ont permis de préciser bien des points et il nous a paru intéressant d'étudier ce syndrome.

En effet, nombreux sont les cas méconnus par suite de la timidité des sujets, qui sont impuissants, et qui invoquent une toute autre raison pour consulter le médecin.

D'autre part cette question nous a paru avoir une importance capitale tant au point de vue de ses répercussions sociales que de ses conséquences individuelles.

L'importance sociale est tellement évidente que l'on vient de fonder la *Société de Sexologie* dont le but est de rechercher les causes de perturbations de l'acte sexuel, d'établir des règles de prophylaxie.

En un mot, ce but est de tendre à améliorer les

conditions d'un acte primordial tant au point de vue de la santé morale des sujets que de la préservation et conservation de l'espèce.

Au point de vue individuel, on sait les conséquences fâcheuses que peuvent avoir les troubles de la sexualité sur le moral et les actes des sujets qui en sont atteints.

L'impuissance est, en effet, une source de désunion dans un ménage et entraîne parfois des demandes de divorce alors que les époux semblaient tout avoir pour s'entendre.

D'autre part bien des impuissants sont voués à la neurasthénie.

Le rôle du Médecin à l'égard de ces malheureux est souvent délicat car ils peuvent aller jusqu'au suicide et même au meurtre (esprit de revendication).

Qu'il nous soit permis de remercier ici, M. le Professeur Claude et M. le Professeur Chevassu d'avoir bien voulu nous admettre dans leurs services, où nous avons pu recueillir nos observations.

Nous sommes heureux de cette occasion qui nous permet d'exprimer à M. le Dr Cenac, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris, notre reconnaissance pour ses excellents conseils.

HISTORIQUE

I

HISTORIQUE DE L'ACTE SEXUEL NORMAL

Nous croyons utile, avant d'aborder l'étude de l'impuissance, de revoir ce qui a été publié au sujet de la physiologie de l'acte sexuel normal.

Dans un ouvrage récent, en collaboration avec Divry, Hogge envisage les conditions indispensables à l'acte sexuel.

Pour ces deux auteurs le coït n'est possible que si l'individu possède un organe de commandement, le système nerveux et un organe d'exécution, l'appareil génital. A la base de ces deux conditions s'en trouve une non moins importante, c'est une condition humorale.

Les hormones sexuelles sont, en quelque sorte, le stimulant sans lequel il n'y a pas d'instinct sexuel possible.

A la puberté se manifestent chez les animaux des transformations physiques telles que le développement des organes génitaux, du système pileux, le

grossissement des mamelles, l'éclosion du désir amoureux, la mue.

Chez l'homme on constate en outre la transformation du timbre de la voix.

Les hormones sexuelles secrétées par le testicule, l'ovaire, n'ont pas un rôle exclusif ; elles dépendent des sécrétions de la plupart des glandes endocrines de l'organisme.

Hogge considère le corps thyroïde comme une sorte de transformateur recevant son primaire des variations saisonnières extérieures et transformant ces influences en une énergie *hormonique*.

« Cette manière de voir peut être appliquée au « problème du rut (des animaux) et de l'appétit « sexuel (de l'homme) et conduit à penser que ce « rut, cet appétit sexuel sont un effet second d'un « problème humoro-endocrinien, dont le point de « départ est en dehors de la glande sexuelle (1). »

Cependant si le point de départ est dans d'autres glandes que la gonade, leur action n'est possible que si la gonade existe et si par son degré d'évolution elle est apte à recevoir les impulsions venues d'autres glandes.

Tout récemment Blum (de Strasbourg), dans un article sur la question sexuelle et sa discipline, insiste sur le rôle considérable des hormones sexuelles.

En dehors de cet excitant humoral, l'instinct sexuel dépend de facteurs hématologiques, d'influences climatériques et alimentaires.

(1) HOGGE, *Physiologie sexuelle*.

L'hérédité, le climat, l'alimentation ont une action certaine. On connaît les variations de la maturité sexuelle du Pôle à l'équateur. Les sels de calcium, de potassium, le thallium ont une action sur le développement de l'appareil génital.

« L'appétit sexuel, la fonction reproductrice, la fécondation sont largement subordonnés à l'alimentation » (Liège Médical, août-septembre 1929).

L'individu pubère est donc apte à accomplir l'acte sexuel. Il n'attend plus que l'occasion, les circonstances.

Elles lui seront fournies par les sens ; la vue, le tact, l'odorat, l'ouïe y participeront dans des proportions variables. Chacun aura des tendances particulières selon la prédominance d'un ou plusieurs sens. On a parlé de l'existence d'un sens génésique qui serait le sens sexuel. Ce n'est en réalité que la résultante des autres.

Les impressions fournies par les sens sont transmises aux centres supérieurs et là deviennent le point de départ d'impulsions psycho-motrices, psycho-sécrétoires.

Hogge et ses collaborateurs ont réservé la plus grande partie de leur ouvrage au système nerveux et à ses rapports avec la vie sexuelle.

Nous leur emprunterons la théorie de l'acte sexuel conçu comme un ensemble de réflexes en réponse à des excitations venues du dehors et déterminant des réactions motrices, vaso-motrices et sécrétoires.

Tout réflexe comporte un point de départ sensitif

ou sensoriel, c'est-à-dire des fibres ou des nerfs qui amènent la sensation, l'excitation dans les centres cérébraux, bulbaires, médullaires ou ganglionnaires.

De ces centres part la réponse adéquate transmise aux organes d'exécution.

Le siège des réflexes dans l'acte sexuel a été très discuté.

Est-il dans les centres cérébraux, bulbaires, médullaires ou ganglionnaires ?

Dépend-il du système nerveux volontaire ou du système nerveux autonome ?

Pour les uns on a affaire à des réflexes longs ; pour les autres à des réflexes courts selon le niveau du centre mis en jeu et le trajet parcouru par les fibres sensorielles et motrices. De nombreux auteurs pensent qu'il existe un centre génital cérébral mais la localisation de ce centre varie avec chacun d'eux.

Pour Gall, Goltz, Mœbius, Kraft Ebing, Bechterew, ce serait le cervelet. Bechterew situait même un centre pour l'érection et un autre pour les sécrétions prostatiques. Lowenfeld, Orlovsky, Exner, A. Munzer centralisaient les impulsions dans le cerveau moyen (couches optiques, tubercules quadrijumeaux).

Muller et Dall, Edinger pensent « qu'il n'y a pas « de centre cérébral ou cérébelleux pour l'érection ou « l'éjaculation ; pas plus qu'il n'y en a pour le cœur, « l'estomac, l'intestin, les pupilles, les glandes lacrymales... Tous organes, cependant, dont le fonctionnement peut être modifié par des influences « psychiques variées (joie, peur, tristesse, colère)

« selon le degré d'irritabilité, de sensibilité de chacun. On ne peut pas plus localiser la libido dans le cerveau que la joie, la colère, l'angoisse (1) ».

Le rôle du système nerveux a été étudié par Sérioux en 1889, dans une thèse intéressante sur les anomalies de l'instinct sexuel.

Cette thèse tend à montrer, et nous n'en retiendrons que, la nécessité d'une coordination, d'une collaboration des différentes parties de l'axe cérébro-spinal. Nous ne ferons que citer à l'appui de cette notion de coordination la classification de Magnan bien qu'elle soit un peu archaïque.

Cet auteur range les anormaux sexuels en quatre catégories : les spinaux, les spinaux cérébraux postérieurs, les spinaux cérébraux antérieurs, les cérébraux antérieurs. Les anomalies, les perversions sexuelles résulteraient du défaut de coordination des différentes parties du système nerveux. Il ne semble donc pas qu'il existe de centre de l'acte sexuel ; mais un ensemble de fonctionnements plus complexes dont les différentes parties coopèrent à l'acte.

Envisageons maintenant l'acte sexuel décomposé en ses différents temps et nous aborderons ainsi l'étude physiologique de l'appareil génital.

Nous étudierons successivement ! 1^o les impulsions psycho-sexuelles ; 2^o les réflexes de l'érection ; 3^o les réflexes de l'éjaculation ou orgasme.

1^o IMPULSIONS PSYCHO SEXUELLES. — Les centres

(1) HOGGE, *Physiologie sexuelle*.

nerveux supérieurs ont une action certaine sur l'accomplissement du coït. Des faits d'observation courante le prouvent. « Des lectures lascives ou passionnelles, des spectacles érotiques, provoquent facilement le désir amoureux et les phénomènes vasomoteurs et sécrétoires qui marquent le prélude de l'acte *d'accouplement*. »

« Le simple souvenir d'impressions sensitivo-sensorielles et les associations d'idées qui s'y rattachent suffisent à déclancher dans l'inconscience relative de l'état de sommeil ou de demi-sommeil les mêmes réflexes suivis très souvent et plus brusquement qu'à l'état normal de l'*orgasme complet* (1). »

Les causes psychiques sont donc évidentes et confirmées par l'étude des psychopathies sexuelles et l'observation des cas d'impuissance survenant chez des sujets bien portants doués d'un potentiel biologique sexuel parfait.

L'excitation cérébrale paraît donc indispensable chez l'homme et de l'intensité du désir de possession dépend la facilité et la plénitude de son accomplissement.

On a objecté que les réflexes vasomoteurs et l'hypersécrétion glandulaire peuvent encore se produire alors qu'il y a interruption dans le névraxe par section de la moelle.

Le priapisme des fractures du crâne, des pendus en sont des exemples.

(1) HOGGE ; *physiologie sexuelle*.

Cela prouve que ces phénomènes peuvent être le résultat de deux processus différents : L'un neuro-psycho-spinal, processus habituel et normal, qui est soumis à la volonté ou plutôt à une direction consciente ; l'autre, processus exceptionnel, purement automatique, est essentiellement médullaire ou sympathico-végétatif.

Restriction faite de ces réflexes purement médullaires inconscients, il existe des conditions favorables permettant d'accomplir l'acte sexuel avec le maximum de facilité et de satisfaction.

Ces conditions d'ordre psychique sont des représentations heureuses, chez un être bien équilibré, correspondant à un acte agréable, le coït.

D'autre part il existe des conditions défavorables : ce sont des représentations pénibles rattachées à un souvenir douloureux (blennorrhagie) chez un être hyperémotif.

« Nous reviendrons sur ce point dans la 2^e partie
« de ce travail. »

2^o ÉRECTION. — Passons maintenant à l'acte sexuel proprement dit et commençons par l'étude physiologique de l'érection. Elle est caractérisée par un changement de volume, de dureté et quelquefois de direction du pénis ; ce qui permet la pénétration dans le vagin.

La turgescence du pénis est due à l'emmagasinement d'une certaine quantité de sang dans cet organe. Une expérience de Régnier de Graaf en 1685

montre que la ligature de la base de la verge en érection, chez un chien, entretient l'érection pendant plusieurs heures.

Il se produit une vaso-dilatation des aréoles du tissu érectile et accessoirement la contraction de certains muscles volontaires qui gênent le retour du sang. Normalement les artérioles et la trame du tissu érectile sont contractés de telle sorte que le sang pénètre lentement dans les espaces aréolaires alors qu'il s'échappe rapidement par les veines.

Eckardt et Lowen considèrent que le facteur le plus important est une dilatation active des vaisseaux du pénis, spécialement des vaisseaux de calibre moyen et des artérioles.

Pour d'autres auteurs un second facteur est la contraction des muscles ischio-caverneux dont quelques fibres passeraient au devant de la veine dorsale de la verge.

Hogge réfute cette hypothèse car les veines sortant du corps caverneux sont entourées d'un tissu conjonctif qui exclut l'effet possible des compressions musculaires d'autant plus que la V. D. de la verge n'est pas la voie efférente des corps caverneux du pénis. Des injections faites dans la veine dorsale de la verge ne parviennent qu'à faire gonfler les corps caverneux de l'urètre et le gland.

Les corps caverneux du pénis sont anatomiquement et physiologiquement distincts des corps caverneux de l'urètre. La veine dorsale de la verge et les veines profondes sont anastomosées de sorte

que la compression de la première ne produit pas la stase des corps caverneux.

La théorie admise par Hogge fait appel au rapport des veines profondes avec la musculature diaphragmatique du sphincter uro-génital et la musculature périnéale profonde.

De plus la disposition spéciale de quelques grosses veines profondes intervient certainement ; il existe une sorte « d'emboîtement en cône, en entonnoir qui « rétrécit le calibre du vaisseau d'autant plus que le « courant de retour y devient plus intense et la pression sanguine réflexe y devient plus forte » (théorie de Kiss, *Handbuch Der norm. und pathol. Physiol.*, t. XIV, 1927).

Voyons par quel mécanisme se produit l'érection : elle est sous la dépendance des nerfs centrifuges, de centres encéphalo-médullaires et de nerfs centripètes.

Le pénis reçoit de chaque côté deux sortes de fibres :

Les unes proviennent du nerf honteux interne ;

Les autres du nerf dit érecteur.

En 1837 Guenter sectionna le nerf honteux chez le chien et constata que l'érection pouvait encore se produire après cette section.

En 1863, Eckardt isola deux nerfs, l'un droit, l'autre gauche naissant du plexus sacré, tantôt de la 1^{re} et 2^e sacrée, tantôt de la 1^{re}, 2^e, 3^e sacrée qui se rendent vers le bas fond de la vessie et la prostate et se perdent dans le plexus hypogastrique. A partir de

ce niveau on remarque de nombreuses cellules ganglionnaires sur le trajet des filets nerveux qu'on peut suivre jusqu'à la portion membraneuse et bulbeuse de l'urètre.

La double section de ces nerfs rend l'érection impossible chez les chiens mâles mis en présence de femelles en rut. L'excitation du bout périphérique d'un de ces nerfs provoque au contraire la turgescence du pénis.

Après quelques instants si on cesse l'excitation, l'érection cesse aussitôt. *Eckardt a appelé nerfs érecteurs* les troncs dont la faradisation provoque ces phénomènes (*Eckardt, Beitrag zur anat. und physiol.*, Giessen, I, 1855, p. 18).

François Franck a réalisé plusieurs expériences par la méthode pléthismographique (*Archives de physiol. normale et pathologique*, VII, 1895, p. 122-123) et en a tiré les conclusions suivantes :

1^o L'excitation des bouts périphériques des filets mésentériques descendants, se rendant des ganglions mésentériques inférieurs au plexus hypogastrique, fait croître considérablement le volume du pénis.

2^o L'excitation du bout périphérique du nerf honteux interne pratiquée dans le bassin diminue le volume de la verge. Pratiquée au niveau du périnée, l'excitation provoque l'érection. C'est que, à ce niveau, le nerf honteux interne a reçu une anastomose du plexus hypogastrique qui lui apporte ses filets érecteurs.

En résumé, l'érection est possible, d'après Franck, par l'excitation de 3 nerfs centrifuges :

Le nerfs érecteurs, les filets mésentériques descendants, le nerf honteux interne dans sa portion périnéale.

Voyons maintenant quels sont les centres érecteurs : l'excitation de certaines régions du système nerveux central provoque la turgescence du pénis par les voies que nous venons de passer en revue. L'excitation des couches optiques, des tubercles quadrijumeaux, du bulbe peut amener l'érection.

La moëlle peut aussi être le siège de cette manifestation. Marschall Hall observa en 1840 un homme porteur d'une lésion médullaire cervicale et atteint de paralysie de la 1/2 inférieure du corps. Chez ce malade, l'introduction d'une sonde dans la vessie produisait l'érection.

La moëlle a ici un rôle indépendant du cerveau.

Par quelles voies les excitations sont-elles amenées aux centres nerveux ?

Les excitations *venues* de la périphérie empruntent en majeure partie le tronc du nerf honteux *interne* ; les attouchements de la verge qui est innervée par ses filets en sont une preuve ; mais le nerf honteux interne n'est pas la seule voie centripète et on le constate par le fait que bien des régions, non innervées par le N. H. I. provoquent l'érection par leur attouchement.

Nous terminerons l'étude de l'érection par l'expérience de Goltz et Frensborg (*Arch. F. die ges. Physiol.*,

VIII, 1874, p. 460 et IX p. 174. Ces auteurs ont mis en évidence le rôle freinateur du système nerveux.

L'excitation douloureuse de certaines parties du corps ou l'excitation du bout central du nerf sciatique rend flaccide une verge turgescente.

Certaines excitations sensibles mettent donc en jeu des activités nerveuses freinatrices de l'érection.

Il existe donc une influence inhibitrice constante qui paraît appartenir aux parties du névraxe situées au-dessus du centre génito-spinal.

Chez un cobaye dont la moelle est sectionnée au niveau de la dernière vertèbre dorsale il se produit des mouvements saccadés et rythmiques du périnée, le pénis s'allonge.

L'érection dure 10 à 15 minutes et prouve que l'activité du centre génito-spinal lombaire est inhibée d'une manière constante par les régions du névraxe situées au-dessus.

3^o PASSONS MAINTENANT A L'ÉTUDE DE L'ÉJACULATION. — C'est l'expulsion d'un liquide visqueux, prostatique, le sperme tenant en suspension les spermatozoïdes et sortant par le méat urinaire par jets saccadés. — Disons, en passant, que l'éjaculation n'a pas de rapports directs avec les sensations voluptueuses ; puisque l'enfant ressent déjà par la masturbation des sensations voluptueuses alors qu'il n'éjacule pas.

Les sécrétions génitales sont expulsées de l'épithélium qui leur a donné naissance par une force spéciale.

La « vis à tergo » ; par le seul fait de son travail sécrétoire, la glande communique une certaine pression au liquide sécrété ; de plus les canaux déférents par leur tunique musculaire à fibres lisses favorisent la progression du sperme.

E. H. Weber a observé des mouvements péristaltiques sur le canal déférent du lapin excité électriquement.

Les vésicules séminales sont des poches musculuses dont la contraction semble devoir chasser énergiquement les liquides qui s'y trouvent inclus. Ceci est prouvé par des observations chez le cobaye après excitation du nerf éjaculateur.

Le muscle bulbo caverneux forme au canal de l'urètre une enveloppe presque circulaire et sa contraction comprimant le conduit peut favoriser la progression du sperme.

Les muscles du plancher pelvien (releveur de l'anus) soulèvent le plancher qui comprime la prostate, les vésicules séminales, et l'urètre.

Ces divers éléments ont un rôle dans l'éjaculation et favorisent la progression du sperme qui est sécrété pendant le coït et chasse dans la portion prostatique de l'urètre. Là, il est retenu en avant par le sphincter urétral et en arrière par une formation érectile très dilatée, le *veru montanum* oblitérant l'urètre pendant le coït. Il s'effectue là une mise *en tension* du sperme. Au bout d'un certain temps, la pression de ce liquide devient tellement élevée qu'elle force la résistance du sphinter urétral. Le sperme est alors

violememnt projeté dans l'urètre antérieur, mais le sphincter se contracte de nouveau et arrête l'écoulement. C'est ce qui explique les *jets saccadés* par alternatives de contractions et de relachements. On peut accorder un certain rôle aux muscles du périnée qui présentent des contractions rythmées.

Le mécanisme de l'éjaculation paraît dépendre moins directement que l'érection de l'excitation psycho-sexuelle. Ce serait un réflexe purement médullaire ou sympathique qui se produirait comme suite naturelle des phénomènes qui le précèdent et le préparent.

Les nerfs centrifuges sont variables avec les animaux : étudiée chez le chien, l'excitation des nerfs érecteurs produit l'éjaculation ; chez le cobaye et le lapin la contraction des vesicules séminales est produite par les nerfs hypogastriques qui naissent d'un petit amas nerveux, le ganglion mésentérique inférieur situé au-dessous de l'artère mésentérique inférieure.

Le centre de l'éjaculation a été étudié chez le lapin par Budge en 1818 qui l'a localisé dans la moelle lombaire, le confondant avec le centre de l'érection. En dehors de l'éjaculation médullaire, il existe un centre sympathique découvert par Rémy en 1886 : au niveau de la veine cave il existe un petit ganglion dont l'excitation amène l'éjaculation sans érection.

Polimanti en 1907 a prétendu que le lapin à moelle détruite n'a plus d'érection mais peut éjaculer. De plus

l'excitation des racines spinales lombaires et sacrées, ne donne pas la moindre contraction des vésicules séminales. Pour Polimanti les voies des réflexes éjaculateurs seraient toutes dans le sympathique. Les nerfs centripètes sont les mêmes que pour l'érection.

Brown Seiquard admet des voies spéciales pour la transmission de sensations voluptueuses dans la moëlle. Ces fibres particulières peuvent être paralysées alors que le fonctionnement des autres conducteurs persiste.

Certains histologistes ont décrit dans les organes génitaux des corpuscules particuliers récepteurs des excitations déterminant la volupté. En réalité les nerfs sensitifs se terminent dans les parties sexuelles comme partout ailleurs.

Les centres éjaculateurs peuvent recevoir des excitations autonomes provenant des variations de la composition chimique du sang, en cas d'asphyxie par exemple.

En dehors de tout coït on peut aussi avoir des éjaculations anormales chez les constipés, par compression des vésicules séminales, chez les prostatiques ; chez les cavaliers par le seul fait d'irritations mécaniques, où à la suite d'eczémas par chatouillements dans les zones érotiques.

Après avoir rapporté les opinions de différents auteurs sur le mécanisme physiologique de l'acte sexuel normal, nous allons maintenant passer en

revue les diverses théories sur les altérations ou les troubles de ce mécanisme.

Nous insisterons plus particulièrement sur les phénomènes d'inhibition conduisant à l'impuissance sexuelle.

HISTORIQUE DE L'IMPUISSANCE

La question de l'impuissance a surtout été étudiée à l'étranger. La Bibliographie française est réduite à quelques articles disséminés de Lallemand, Roubaud, Garnier, etc.

Le Fur en a fait une étude précieuse mais trop exclusivement urologique.

Maurcie Genty et Raymond Hamet ont fait une communication intéressante dans la Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie (novembre 1923).

Ces auteurs envisagent les différentes formes d'impuissance et leur classification est basée sur une division de l'acte sexuel en 4 fonctions et sur les troubles apportés à chacune des fonctions suivantes : la libido, l'érection, l'éjaculation, et l'orgasme.

Les troubles de la libido sont caractérisés par l'absence du désir sexuel. C'est un état de frigidité avec persistance du pouvoir d'érection.

Ces cas, assez rares, s'observent dans les formes de neurasthénie génitale ou l'acte sexuel est suivi d'une grande déception.

C'est cet état dont Pérrens a dit que l'indifférence « sexuelle à l'état de veille, la perte des représentations érotiques et la suppression des rêves érotiques sont les symptômes psychiques essentiels et nécessaires ».

Les troubles de l'érection sont plus fréquents et considérés par de nombreux auteurs comme constituant à eux seuls toute l'impuissance.

De nombreux sujets perdent leur pouvoir d'érection tout en conservant le désir sexuel.

Pour Le Fur, ils sont « d'autant plus poursuivis par la hantise de l'acte génital qu'il le désirent très vivement et ne peuvent jamais arriver à leurs fins.

Ces malades blessés dans leur amour propre de mâles sont très malheureux et en souffrent.

Il en est d'autres qui ont renoncé plus ou moins consciemment à la vie sexuelle.

Par contre certains ont leur pouvoir d'érection encore intact, mais ne se manifestant qu'en certaines circonstances ou vis-à-vis de certaines personnes.

Nous entrons là dans le domaine du fétichisme et il suffit de se rapporter à Binet (*Revue Philosophique*, 1897) à Kraft Ebing pour en avoir une étude approfondie.

Certains malades ne peuvent avoir d'érection qu'en présence d'une partenaire exclusivement blonde ou brune, potelée ou grêle. L'érection peut même n'être possible qu'à la vue d'une partie déterminée du corps ou d'un vêtement.

Pour Kraft Ebing on se trouve dans ces cas en pré-

sence d'une anomalie par insuffisance car « ce n'est pas la chose, qui agit comme charme sur le fétichiste, qui est anormale ; c'est plutôt le fait que les autres parties n'ont plus de charme pour lui ; c'est en un mot la restriction du domaine de son intérêt sexuel » (1).

Dans d'autres cas, Genty et Raymond Hamet citent des exemples où une érection normale était possible par la masturbation et ne pouvait plus se produire en présence d'une femme. Ils attribuent ces échecs à une « hyperémotivité inhibant l'érection qui est possible quand le sujet est seul ».

L'émotion agit ici en inhibant le pouvoir d'érection.

Degerine et Gauckler citent à l'appui de cette théorie des cas où « l'idée seule du rapport sexuel suffisait à faire tomber une érection provoquée par des lectures, des spectacles érotiques. Dans certains cas en dehors de toute émotivité le malade se satisfait complètement dans son narcissisme et s'adonne volontairement aux pratiques solitaires.

Passons maintenant aux troubles intéressant l'éjaculation. Ils peuvent consister en éjaculations rapides que nous envisageons sous le nom « d'actes brefs ».

C'est l'éjaculation précocée de Dejerine et Gauckler, l'éjaculatio precipitata ante portas de Furbringer.

Hogge l'exprime d'une façon très imagée quand

(1) GENTY et RAY-HAMET, *Revue internationale de Médecine et de chirurgie*, nov. 1923.

il parle de ces jeunes mariés trop pressés « qui déposent leur offrande à la porte de l'autel ».

Dans d'autres cas elle est tardive, c'est l'*ejaculatio retardata* de Furbringer.

Quand elle est déficiente, c'est l'aspermatisme de Hirsfeld et de Finger.

Restent les troubles portant sur l'orgasme.

Ils consistent en une atténuation de la sensation voluptueuse qui, d'après Fleury, serait émoussée, comme lointaine.

(Les grands symptômes neurasthéniques 1910).

Passons maintenant à des travaux plus récents qui font de l'impuissance un trouble physiopathologique, apporté au mécanisme de l'acte sexuel conçu comme un réflexe.

Van Der Elst définit l'impuissance, une inhibition psychique, une incapacité fonctionnelle d'adapter à leurs fins des moyens organiques normaux (Presse Médicale avril 1928).

Hogge met l'acte sexuel sous la dépendance de centres psychiques qui peuvent être aussi bien excitateurs qu'inhibiteurs.

Divry s'exprime de même dans « la Physiologie sexuelle ».

« Il est de science banale que les représentations ont chez l'homme une importance considérable sur
« l'acte génésique aussi bien dans le sens de l'excitation que dans le sens de l'inhibition (1). »

(1) HOGGE et DIVRY, *Physiologie sexuelle*, 2^e partie.

III

DEFINITION DE L'IMPUISSANCE ET DESCRIPTION DES MECANISMES INHIBITEURS

Nous définirons donc avec Hogge, Divry, Van Der Elst, etc., l'impuissance une inhibition psychique, une incapacité d'adapter à leurs fins des moyens organiques normaux.

C'est à cette forme psychique que nous réserverons le nom *d'impuissance primitive*. Les autres variétés n'étant pas des affections vraies, autonomes, nous les nommerons *Impuissances secondaires*.

Nous ne confondrons pas l'impuissance avec la stérilité qui est l'inaptitude à avoir des enfants chez des sujets n'ayant plus de sperme ou dont le sperme ne présente plus l'éléments vivants à la suite d'une maladie infectieuse (Blennorragie, oreillons).

Nous ne la confondrons pas non plus avec l'indifférence sexuelle qui s'observe surtout dans les cas de neurasthénie génitale ou l'acte sexuel est suivi d'une grande déception. Le malade n'a plus aucun désir et n'en souffre pas. (Frigidité).

Voyons rapidement ce que nous entendons par impuissances secondaires. Ce sont les formes dues à une cause, à une lésion vérifiables, patentes.

Ce sont les formes dues à une cause locale infectieuse (Blennorragique), à un traumatisme etc.

Ce sont encore les formes dues à une cause générale à la suite de surmenage, de fatigue ; dans certains cas de diabète, de tabès, de paralysie générale, etc.

Dans ces formes dites secondaires l'impuissance n'est qu'un symptôme, un épiphénomène : un tabétique, un diabétique sont avant tout tabétique ou diabétique ; le trouble sexuel n'a chez eux qu'une importance toute secondaire.

Nous réserverons donc toute notre attention à l'impuissance primitive syndrome autonome survenant chez des sujets physiquement normaux ne présentant aucune lésion locale, aucune affection générale vérifiable.

Cette forme se rencontre surtout chez des sujets très émotifs ; chez des jeunes mariés qui, à la suite de libations abondantes, ou qui sont anxieux des conséquences d'une défloration douloureuse, il peut se produire un échec le soir des noces.

L'appréhension, la peur d'un nouveau « raté » suffira à entretenir, à fixer le réflexe inhibiteur qui interviendra comme un sceau d'eau froide à chaque nouvelle tentative.

De même la peur des maladies vénériennes, la notion d'un acte reprehensible en dehors du mariage

chez des sujets timides ou exagérément chastes, suffit à déclancher le réflexe inhibiteur.

A la base de ce réflexe inhibiteur il nous faut placer la notion de réflexe conditionné : une représentation inhibitrice, un souvenir pénible ou douloureux se substitue à une image séduisante et normalement attractive. Il y a là une association par contraste qui provoque le spasme inhibiteur. Le souvenir douloureux, pénible reste attaché à l'acte sexuel ; au rapprochement corporel peut être liée l'idée d'une blennorragie ou d'une faute.

L'impuissance peut donc s'expliquer par une inhibition à l'origine pendant les états de conscience, alors que la sexualité est d'autre part normale au cours des rêves. Le malade peut avoir dans les états de sommeil ou de demi-sommeil des érections suffisantes accompagnées ou non d'éjaculation.

Nous avons été amenés à classer les variétés d'impuissances en deux groupes et nous nous sommes surtout attachés aux impuissances primitives d'origine psychique (Inhibition) qui nous ont paru les plus importantes et les plus fréquentes.

Nous commencerons la série de nos observations par quelques cas d'impuissances secondaires d'origine traumatique, blennorragique ou consécutive à une affection générale.

Nous passerons ensuite aux observations d'impuissances primitives que nous avons pu recueillir dans les services du P^r Claude et du P^r Chevassu.

Ces observations viendront confirmer la notion d'inhibition psychique que nous avons exposée dans ce travail et nous y reviendrons à propos de chacune d'elles.

IV

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES

OBSERVATION I

(impuissance secondaire à un traumatisme).

M. Ad., maçon âgé de 25 ans présente en août 1929 une rupture de l'urètre à la suite d'une chute à cheval sur un testicule. Opéré le jour même, il quitte l'hôpital huit mois après, ayant subi une deuxième intervention en février 1930.

M. Ad... reprend son travail en juillet 1930 après trois mois de convalescence et depuis il présente de la difficulté à uriner surtout dans les périodes de fatigue, de surmenage.

Au point de vue sexuel, M. Ad... avait encore des érections trois mois après la première intervention ; mais depuis la deuxième opération il accusa une disparition complète des érections et dit avoir eu une seule perte séminale depuis sa sortie de l'hôpital.

On remarque que M. Ad... a une certaine appréhension à reprendre son ancien métier.

En juillet 1930, il est encore sans travail et nous le voyons se plaindre de douleurs abdominales et périnéales.

Il dit avoir eu une nouvelle perte séminale dix jours avant et se plaint de picotements au niveau de la région urétrale opérée.

Notons qu'à cette date il attend une expertise médico-légale au point de vue judiciaire.

Deux facteurs nous paraissent devoir être retenus dans ce cas pour expliquer l'impuissance. D'une part l'intérêt peut être inconscient, du malade à tirer partie des suites de son traumatisme au point de vue expertise (sinistrose).

D'autre part l'appréhension à reprendre une vie sexuelle déficiente ou même douloureuse. Il faut également se demander si, en réalité le malade est aussi impuissant qu'il veut bien le dire.

OBSERVATION II

(Impuissance secondaire à un traumatisme).

M. Ri... âgé de 38 ans, employé des chemins de fer, reçoit un éclat d'acier dans les corps caverneux et subit une opération en mars 1928. Une deuxième intervention est jugée nécessaire en juillet 1928, pour retirer le corps étranger.

Par la suite M. Ri., constate une sorte de tumeur au niveau de la blessure, tumeur due à un processus scléreux.

Depuis, notre malade n'a plus ni érections ni pollutions. Il est complètement impuissant. En avril M. Ri... obtient une indemnité de 20 % après une expertise médico légale.

Nous avons là un autre cas d'impuissance secondaire à un traumatisme qui paraît expliquer suffisamment l'amoindrissement sexuel de M. Ri...

Néanmoins, comme dans l'observation n° 1 nous

devons faire la part de l'esprit de revendication de notre malade, de l'intérêt qu'il peut avoir à tirer partie de son accident.

OBSERVATION III

(Impuissance secondaire à des lésions locales blennorragiques).

M. Bu... âgé de 43 ans, électricien marié, sans enfants, dit avoir eu une blennorragie mal soignée à l'âge de 23 ans et compliquée de cystite.

Dix ans plus tard il consulte à l'hôpital Lariboisière pour des troubles prostatiques consistant en pesanteurs périnéales, écoulement de sperme pendant la défécation et nombreux filaments dans les urines.

Après une série de massages prostatiques, il ne s'est plus soigné.

M. Bu... vient nous consulter en mars 1931 parce qu'il voit son activité sexuelle diminuer depuis deux ou trois ans.

Il se plaint d'érections incomplètes et d'éjaculations prématurées malgré des rapports espacés, à peu près tous les 5 ou 6 jours.

On remarque que le malade est hypermotif et s'observe exagérément. Il présente un état général relativement bon, en dehors d'une bronchite chronique.

M. Bu... fume beaucoup et boit assez copieusement. Ses urines sont claires mais le premier verre contient des filaments.

Le toucher rectal nous montre une prostate à lobes irréguliers, *très durs*.

On procède à des dilatations au béniqué en vue d'un examen à l'urétrocystoscope de Mac Carty.

Le n° 52 passe facilement ; il n'y a donc pas de rétrécissement de l'urètre ; mais on trouve des lésions de l'urètre

postérieur consistant en : congestion de la région du veru montanum et orifices de petits trajets purulents.

Cette observation nous montre un cas typique d'impuissance secondaire à une infection blennorragique ayant laissé des lésions locales de la prostate et de l'urètre postérieur.

OBSERVATION IV

(Impuissance secondaire à une blennorragie, et à un traumatisme).

M. Gu... âgé de 30 ans, célibataire, traité depuis 12 ans pour accidents syphilitiques avec Bordet Wasserman positif en 1917.

Depuis 7 ans la réaction de B. W. est négative et notre malade n'a pas eu d'accidents syphilitiques.

A la même époque M. Gu... a contracté une blennorragie suivie d'une goutte matinale blanchâtre et notre malade a constaté une diminution du nombre et de la durée de ses érections.

En 1929 M. Gu... s'est offert le luxe d'un accident de motocyclette avec chute sur la région pubienne.

Le lendemain une orchite s'est déclarée et l'on ne sait s'il faut l'étiqueter blennorragique ou traumatique.

Notre malade s'est alors abstenu de rapports sexuels pendant deux mois et depuis il lui faut satisfaire rapidement ses désirs car il présente des érections de courte durée et des éjaculations prématurées. (acte bref).

Depuis deux mois les rapports sont même devenus impossibles.

Notre malade n'a plus d'érections.

L'examen des urines montre de nombreux filaments dans les 3 verres.

L'examen bactériologique de la goutte matinale décèle la présence de gonocoques.

Le toucher rectal montre la prostate augmentée de volume, à lobes très durs.

L'urétrocystoscope de Mac Carty révèle une légère congestion de l'urètre postérieur.

On conseille alors des grands lavages au permanganate 2 fois par jour et des massages de prostate.

La goutte matinale devient transparente après 3 semaines de traitement et ne contient plus de gonocoques.

Quelques lavages à l'oxycyanure de mercure suffisent alors à la faire disparaître.

M. Gu... retrouve ses érections et peut de nouveau avoir des rapports sexuels.

Nous avons là un cas d'impuissance guérie, secondaire à une blennorragie ; impuissance probablement accentuée à l'occasion d'un traumatisme.

Notons que notre malade était syphilitique sans lésions neurologiques. Mais parmi ces 3 causes d'impuissance, la part du gonocoque nous paraît la plus certaine et la plus grande puisque le traitement préconisé a amené la guérison,.

OBSERVATION V

(Impuissance consécutive à une dépression générale).

M. Del... âgé de 45 ans, chauffeur, célibataire, n'a jamais eu de maladies vénériennes. Il a mené une vie sexuelle normale jusqu'en 1914.

Pendant la guerre M. Del... n'a pas été blessé ; mais fait prisonnier, il reste six mois en captivité en Allemagne.

Depuis M. Del... a vu son activité sexuelle diminuer. Les troubles portaient sur l'éjaculation qui, malgré une érection normale suffisante, restait constamment prématurée (acte bref).

D'autre part le malade présente des pertes séminales qui le fatiguent considérablement et des envies fréquentes d'uriner.

On remarque à l'examen de ses organes génitaux une verge petite ; les testicules sont normaux.

L'urétrocystoscope de Mac Carty ne décèle aucune lésion locale. La prostate est normale.

L'état général du malade est médiocre sa tension est très élevée et a dû nécessiter une saignée tout récemment.

En somme, nous avons là un cas de déficience sexuelle chez un surmené ayant subi de nombreuses privations au cours de sa captivité.

OBSERVATION VI

(Impuissance chez un asthénique).

M. Lab... Agé de 55 ans marié, sans enfants, vient nous consulter pour des difficultés dans la miction. Il urine fréquemment mais toujours avec peine.

Par ailleurs M. Lab... est impuissant depuis l'âge de 45 ans, mais il n'a jamais été très porté sur la sexualité.

Notre malade n'a jamais eu de maladies vénériennes et il ne présente aucune trace vérifiable de lésions blennorragiques.

Son état général, en revanche, laisse fortement à désirer. La tension artérielle est très basse et M. Lab... donne l'impression d'un surmené.

Il est très déprimé.

Dans ses antécédents on relève une bronchite chronique, des maux d'estomac avec par périodes des vomissements qui le laissent très affaibli.

Nous avons là un cas d'impuissance chez un surmené, n'ayant jamais eu d'ailleurs de grands désirs sexuels.

On pourrait presque placer cette observation parmi les cas d'indifférence sexuelle (frigidité).

OBSERVATION VII

(Impuissance consécutive à un état de dépression).

M. Van... âgé de 36 ans. Célibataire exerçant la profession de représentant de commerce vient nous consulter pour troubles sexuels.

Notre malade a des érections suffisantes mais suivies d'une éjaculation prématurée.

D'autre part il présente un écoulement de liquide prostatique dans les intervalles et au début de ses érections.

M. Van... n'a jamais eu de maladies vénériennes et on ne constate aucune trace de lésions blennorragiques. Les urines sont claires dans les 3 verres.

La prostate est normale.

Notons que M. Van... a été soigné à l'âge de 18 ans à l'hôpital Henri Rouselle pour un état de dépression.

Actuellement notre malade présente donc ce que nous appellerons un *acte bref* qui le préoccupe beaucoup.

En somme cette observation est à ranger parmi les impuissances secondaires à un mauvais état général

chez un sujet ayant fait de la dépression nerveuse et qui se frappe encore exagérément.

OBSERVATION VIII

(Impuissance consécutive à une maladie générale. Pleurésie).

M. Ja... âgé de 23 ans mécanicien n'a jamais eu de maladies vénériennes ; mais à l'âge de 18 ans il a fait une pleurésie grave et a gardé le lit pendant une année.

M. Ja... s'est masturbé à la puberté mais sans excès et il a eu son premier rapport sexuel à l'âge de 16 ans.

Son activité sexuelle était normale avant la pleurésie et lui donnait pleine satisfaction, mais par la suite M. Ja... a du espacer ses rapports qui se sont montrés défectueux, rapides avec éjaculation prématurée.

Notons qu'à 20 ans notre jeune homme a été classé service armé au régiment après examen médical et radiographie pulmonaire.

M. Ja... n'est pas chétif, mais il se fatigue rapidement, au moindre effort.

Ce cas entre dans le cadre des impuissances secondaires à une affection générale suivie de fatigabilité exagérée.

Nous en avons fini avec les variétés d'impuissance secondaire et nous passons à la série d'observations qui font l'objet de notre thèse.

OBSERVATION IX

(Impuissance psychique chez un hyperémotif).

M. Lav... âgé de 23 ans exerce la profession d'employé d'administration.

Son père est bien portant mais sa mère est très nerveuse. Il a un frère cadet, en bonne santé.

Dans ses antécédents personnels on relève la rougeole et la coqueluche dans l'enfance, les oreillons à 7 ans et une congestion pulmonaire à 14 ans.

M. Lav... nous consulte pour des troubles de l'éjaculation. Il a des rapports réguliers et présente des érections normales et durables. Il perçoit même quelquefois le spasme de l'éjaculation mais il ne peut éjaculer.

Le premier rapport remonte à l'âge de 19 ans. Il s'est produit sans éjaculation et l'a laissé indifférent et déçu.

Au régiment, il n'a pas de rapports mais les érections sont fréquentes et il ne constate pas de pollutions.

Notre malade se masturbe quelquefois, mais toujours pas d'éjaculation.

Il s'est masturbé pour la première fois par curiosité, ayant surpris un acte masturbatoire à la campagne chez un garçon.

« Au cours de ma masturbation, nous dit-il, je provoque l'érection mais sans satisfaction appréciable. L'homosexualité me dégoûte, c'est une chose qui n'est pas naturelle. »

A 22 ans nouveau rapport qui laisse encore notre jeune homme indifférent et ne s'accompagne toujours pas d'éjaculation. Deux nouvelles tentatives restent sans succès et inquiet, à juste titre, de cette anomalie, M. Lav... vient consulter à l'hôpital Cochin, où nous le voyons.

Il accuse des mictions fréquentes et indolores ; ses urines sont claires, transparentes, ambrées, sans filaments. Le jet est normal. Le toucher rectal ne décèle rien à la prostate.

Les testicules et les épидidymes sont normaux.

On procède dans le service du Professeur Chevassu à une dilatation progressive de l'urètre en vue d'un examen à l'urétrocystoscope de Mac Carty et on constate un nodule sur le versant droit du véru montanum. On parvient à

faire le cathétérisme bilatéral des canaux éjaculateurs et à passer une sonde filiforme.

On voit, au cours d'un examen, du sperme libre au voisinage du vèru montanum.

M. Lav... revient nous voir après ces différents examens et nous fait part de ses impressions. « Quant on me passait les béniqués j'avais plus d'excitation, les érections devenaient plus fréquentes. » Il n'éprouve pas de répercussion au point de vue moral, pas de dépression, pas de neurasthénie ; mais un désir rationnel d'amélioration en vue d'un mariage éventuel.

Jusque là M. Lav... a eu des liaisons purement platoniques avec des jeunes filles.

Notons qu'au lendemain des dilatations urétrales, notre malade a des éjaculations. Notamment au cours d'un rêve : (Il était avec une femme et avait des rapports avec elle).

Citons ses propres paroles « J'ai ressenti une sensation agréable, j'ai senti un liquide qui coulait ; mais je ne peux affirmer que c'était du sperme, je ne l'ai pas vu... »

Quand j'ai éjaculé le matin, je l'ai vu : c'était un liquide blanc laiteux. Cela pourrait être un liquide qui ressemble au sperme ». Les érections sont devenues plus longues et plus fréquentes depuis les dilatations au béniqué ; l'érection vient spontanément quand il est par exemple avec son amie.

Un peu plus tard M. Lav... nous avoue qu'il pense beaucoup à son état ; il essaie bien de l'oublier mais cela revient sans cesse.

Un dimanche tout en dessinant au tableau il a pensé à l'impossibilité de son mariage en raison de son impuissance. Il a éprouvé un moment d'émotion très marqué.

La fait de faire des confidences le soulage.

Il revient nous voir à plusieurs reprises, nous conte ses

peines et nous nous employons à le mettre en confiance à détruire ses appréhensions.

M. Lav... est actuellement guéri : il s'est marié et a écrit à Monsieur le Professeur Chevassu, pour le remercier.

En somme, nous avons là, un cas d'impuissance psychique due à un mécanisme inhibiteur chez un sujet hyperémotif.

Le trouble porte ici sur l'éjaculation et notre sujet nous décrit d'une façon très imagée ses appréhensions. Il sait qu'à chaque nouvelle tentative il doit s'attendre à un échec, il prévoit l'insuccès.

Sa guérison ne lui a paru possible que du jour où il a vu son sperme s'écouler après une dilatation au Béniqué.

Encore a-t-il fallu fortifier, entretenir sa confiance au cours de ses nombreuses visites à l'Hôpital Cochin.

OBSERVATION X

(Impuissant par crainte de douleurs).

Monsieur Bac... Argentin, âgé de 38 ans, célibataire, employé de commerce, présente depuis l'âge de 18 ans, des pertes séminales (en moyenne 2 à 3 par nuit). Il a eu à l'âge de 34 ans une prostatite soignée et guérie.

Monsieur Bac... est hyperémotif avec tendance à l'érétisme sexuel. Il a des rapports normaux quand il est calme, défectueux le plus souvent. Un mois plus tard, il revient nous voir et se trouve amélioré au point de vue de ses pertes séminales, mais il se plaint de picotements dans la région anale et les rapports lui sont devenus à peu près impos-

sibles : il n'a plus d'érection. Interrogé de près, il nous fait une confidence : Deux ans plus tôt, au cours d'un lavage avec de l'eau des Carmélites, il fit couler par hasard, cette eau dans son urètre. Il ressentit une sensation très vive de plaisir sans érection. D'ailleurs, il avait observé déjà, des sensations spontanées très vives analogues quand il se trouvait près d'une femme ou quand il y pensait. Il en arrivait à fuir les femmes.

Il s'agit probablement ici d'une perversion du sens génital chez un hyperémotif constitutionnel. Le pronostic est réservé quant à la reprise de la vie sexuelle.

OBSERVATION XI

(Inhibition en rapport avec le souvenir de sensations douloureuses).

M. Ran... âgé de 29 ans célibataire, vient consulter à l'hôpital Cochin, en février 1930. Il se plaint de fatigues, après les rapports sexuels qui entraînent des picotements au niveau des bourses.

Monsieur Ran... éprouve alors des sensations douloureuses, des globes oculaires. Il a la vue voilée, la tête vide. Un deuxième rapport lui est impossible par absence d'érection. Il attribue l'origine de ses troubles à un excès de masturbation vers l'âge de 18 ans. Ses urines sont normales. L'examen à l'urétrocystoscope ne décèle aucune lésion appréciable. La prostate est normale au toucher rectal. Mis au repos, pendant 1 mois, il essaie d'avoir un rapport avec son amie, mais il éprouve toujours des maux de tête à la pensée de ce rapport et part volontairement sans satisfaire son désir. En sortant le souvenir de ce désir lui revient et il éprouve la même sensation douloureuse frontale que s'il

avait coûté (Réflexe conditionné). Un peu plus tard, le malade traité au gardénal revient nous voir. Il a eu sur notre conseil, un rapport normal avec son amie. Sa céphalée est persistante mais n'a pas été accentuée lors de sa dernière tentative. Il ne se sent pas fatigué. Par la suite, M. Ral... continue à prendre du gardénal et se trouve amélioré. Les rapports sexuels deviennent satisfaisants. l'état général est meilleur et les migraines ont disparu.

Nous avons là un cas d'impuissance psychique par inhibition en rapport avec des sensations douloureuses.

OBSERVATION XII

(Impuissance chez un hyperémotif obsédé par des préoccupations hypochondriaques).

M. Ler... âgé de 23 ans vient consulter en décembre 1930 pour une impuissance remontant aux premiers rapports sexuels. La première fois, avec une jeune fille qui lui plaisait cependant, l'érection a été insuffisante, de courte durée avec éjaculation prématurée.

Notons que lors de son 4^e rapport M. Ler... a eu une blennorragie et depuis il s'étudie beaucoup, dit avoir constamment la verge froide.

Notre malade dort mal, a des cauchemars ; il rêve de serpents dans son lit et se voit tomber dans un trou dont il ne peut plus sortir.

Il se voit souvent, dans ses rêves, en contact avec des femmes et il présente alors des érections rarement suivies de pertes séminales.

L'examen local ne relève aucune trace de lésion blennorragique.

En somme nous avons là une impuissance chez un hyperémotif obsédé par des préoccupations hypochondriaques.

OBSERVATION XIII

(Impuissance chez un hyperémotif par crainte des maladies vénériennes).

M. Len... âgé de 43 ans, mécanicien marié, père d'un enfant bien portant, a eu en 1919 des picotements au niveau du méat avec goutte matinale pendant 6 mois. Les années suivantes, il a avec sa femme des rapports normaux mais espacés.

Les relations extra conjugales lui sont difficiles et il ne peut obtenir qu'une demi érection disparaissant au moment de l'intromission avec éjaculation prématurée.

En 1929 M. Len..., présente des manifestations prostatiques (pesanteur périnéale) avec orchite droite et urétrite postérieure. Il suit alors un traitement sérieux et on ne trouve plus aucune trace de lésion locale de l'appareil génito-urinaire.

Actuellement, M. Len..., a des érections matinales qui ne durent pas et ne permettent pas l'intromission ; l'éjaculation est toujours prématurée, tant avec sa femme qu'avec des maîtresses de rencontre.

Notons l'hyperémotivité du malade qui se préoccupe beaucoup trop de son état. Il dort mal et a des cauchemars.

Entre autres rêves, il voit un motocycliste en train « d'abattre des femmes en série comme un château de cartes » ceci laisse deviner la rancune qu'il peut avoir vis-à-vis des femmes. Il discute son impuissance et compare sa verge à une chambre à air percée qu'on n'arrive pas à gonfler. Ses échecs le laissent abattu, très soucieux.

C'est là un cas fréquent d'impuissance chez un ancien blennorragique guéri. L'inhibition semble due à la crainte de contracter une nouvelle blennorragie. En effet les troubles ont débuté d'une façon élective, dans les rapports extra-conjugaux qui pouvaient être la source de déboires, puis ils se sont généralisés et étendus à sa propre femme.

OBSERVATION XIV

(Inhibition par crainte de maladies vénériennes).

M. Debr..., âgé de 39 ans, électricien marié depuis 14 ans, père de deux enfants bien portants, vient consulter pour irrégularité dans la puissance sexuelle depuis deux ans mais plus marquée depuis quelques jours. Il se plaint surtout d'éjaculations prématurées.

A certains moments M. Debr..., a des rapports normaux et satisfaisants ; à d'autres il est nettement insuffisant et s'en ressent.

Notons une blennorragie remontant à 8 ans, compliquée d'orchite mais guérie.

Actuellement les urines sont claires, le toucher rectal ne révèle rien à la prostate. Pas de lésions constatables à l'urétrocystoscope de Mac Carty.

Les testicules sont normaux.

Fait intéressant la miction est hésitante : M. Debr... ne peut uriner devant nous.

Notons que pendant les rapports il pense toujours à son impuissance, il craint, il appréhende toujours d'éjaculer trop vite.

En somme nous avons là une forme d'impuissance

étiquetée « Acte Bref », que l'on retrouve fréquemment chez les anciens blennorragiques.

M. Debr... est très émotif et le mécanisme de l'inhibition paraît chez lui, très simple.

Deux facteurs peuvent être incriminés : la peur des maladies vénériennes au début et par la suite la crainte du « Raté ».

OBSERVATION XV

(Inhibition par crainte des maladies vénériennes).

M. Pe... âgé de 23 ans, mécanicien célibataire à eu une blennorragie en 1925 avec rechute les 2 années suivantes. Traité par des lavages au permanganate et au nitrate d'argent il est guéri et n'a plus ni écoulement ni goutte matinale.

L'examen de l'appareil génito-urinaire ne révèle aucune lésion actuellement.

Cependant depuis sa blennorragie M. Pe... a vu sa puissance sexuelle considérablement amoindrie.

Il n'a plus d'érections et de fréquentes pollutions nocturnes les préoccupent.

Il s'en inquiète et dort mal. Nous lui conseillons un repos absolu et il prend du gardenal.

Un mois plus tard M. Pe... revient nous voir ; il a un rapport sur notre conseil ; l'érection dure 4 minutes et permet l'intro-mission ; mais l'éjaculation est impossible. Notre malade constate cependant l'écoulement d'un liquide clair, prostatique.

Par la suite il a des érections matinales mais pas de pertes seminales.

En juin 1930, M. Pe..., toujours au repos sur notre conseil, se préoccupe moins de son impuissance.

Une nouvelle tentative permet l'érection et l'intromission mais l'éjaculation est nettement défectueuse. Il se produit encore un suintement de liquide prostatique. Notre malade n'éprouve ni émotion, ni fatigue consécutive mais il nous signale que « l'idée de sa maladie lui passe par la tête au moment du rapport ».

Par la suite l'amélioration est stationnaire. L'état général, le moral sont meilleurs ; mais les rapports laissent à désirer surtout quant à l'éjaculation.

Nous conseillons alors à notre malade une cautérisation du veru montanum en vue de réveiller le réflexe normal de l'éjaculation.

En somme impuissance chez un ancien blennorragique guéri ; hypochondriaque, hyperémotif M. Pe... est probablement inhibé par le souvenir de sa maladie.

OBSERVATION XVI

(Inhibition par le souvenir de maladie vénérienne).

M. Ma..., âgé de 41 ans, célibataire, vient consulter en mars 1930, pour impuissance consécutive à une blennorragie contractée 6 ans auparavant. Une goutte matinale rebelle a été soignée et guérie par des lavages au permanganate puis à l'oxycyanure.

On ne trouve pas actuellement de lésions locales blennorragiques.

Au point de vue sexuel, l'érection est insuffisante, brève. M. Ma..., est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois.

En avril 1930, il revient nous voir et n'a pas eu de rap-

ports sur notre conseil. Il se porte bien, dort bien et présente des érections matinales.

Il essaie alors d'avoir un rapport mais sans succès : l'érection ne se produit pas et il s'écoule un liquide clair, prostatique.

M. Pe..., part en vacances et revient nous voir en juillet. Il se plaint de troubles digestifs consistant en brûlures d'estomac. Il n'a pas eu de pertes séminales depuis sa dernière visite. Il n'a pas eu non plus de rapports ; *d'ailleurs il ne désire pas en avoir*, malgré la persistance des érections matinales.

Nous avons encore là un cas d'impuissance psychique chez un ancien blennorragique guéri, inhibé par le souvenir de sa maladie. Le pronostic est ici réservé car à l'impuissance s'ajoute un certain degré d'indifférence sexuelle.

OBSERVATION XVII

(Impuissance chez un hyperemotif masturbateur).

M. Go..., âgé de 31 ans, opéré dans le service du Pr Chevassu pour une affection reinale vient consulter pour des troubles sexuels.

Les premières érections remontent à l'âge de 12 ans et la première éjaculation à 15 ans, au cours d'une masturbation.

M. Go... s'adonnait à l'onanisme et se livrait aux pratiques solitaires trois à quatre fois par semaine. Il sentait que cela l'affaiblissait surtout au début de son affection reinale, mais il ne pouvait résister à un désir impérieux.

Le lendemain notre malade était abattu, il avait des envies fréquentes de dormir, était comme assommé.

Le premier rapport sexuel avec une amie lui a laissé une impression de tristesse ! l'érection était insuffisante et l'éjaculation impossible.

Très affecté par cet échec, M. Go... essaie d'avoir un nouveau rapport avec une autre amie six mois après, mais sans succès.

Depuis, 2 ou 3 essais sont infructueux et notre malade n'a même plus d'érections au cours de masturbations de contrôle.

On note quelques rêves sexuels accompagnés d'érections mais pas de pertes séminales.

L'état général du malade est satisfaisant ; toutefois il se frappe beaucoup, pense constamment à son état.

Hyperémotif M. Go... a des moments de tristesse et de découragement.

Il attribue sa dépression à son impuissance et s'en rend responsable.

En somme c'est là un cas d'impuissance chez un sujet hyperémotif, masturbateur appartenant peut-être à la catégorie des timides. Les tentatives répétées et infructueuses n'ont fait que renforcer l'inhibition.

D'autre part on peut se demander si M. Go... qui présente un cas de complexe masturbateur ne se suffisait pas dans son narcissisme. Mais dans ce cas, l'inhibition qui, primitivement élective, n'atteignait que les rapports sexuels normaux s'est par la suite généralisée et étendue à l'acte masturbatoire.

OBSERVATION XVIII

(Acte Bref chez un hyperémotif masturbateur — sentiments religieux).

M. Bu..., âgé de 20 ans, étudiant, vient consulter en-

avril 1930 pour troubles sexuels consistant en érections insuffisantes et pollutions nocturnes.

Le premier rapport, un an auparavant, fut de courte durée avec une érection incomplète et une éjaculation prématurée.

Deux nouveaux essais ont été tentés depuis, mais sans succès.

On ne note pas de maladie vénérienne dans les antécédents, mais le jeune homme se masturbe fréquemment depuis l'âge de douze ans.

Il a été élevé dans des sentiments religieux par un père croyant et une grand' mère très pratiquante.

Leur autorité rigide a certainement retardé son émancipation sexuelle ; il le reconnaît lui-même, d'ailleurs.

Hyperémotif, M. Bu..., ne peut arriver à uriner devant nous, c'est déjà là une forme d'inhibition psychique.

Il avoue avoir de la difficulté à fournir un effort intellectuel, à fixer son attention sans être distrait par des souvenirs de plaisirs.

Notre jeune homme dort mal mais le gardenal lui fait retrouver son sommeil et fait disparaître les pollutions nocturnes.

Depuis il ne se masturbe plus et présente des érections au réveil, quelquefois même dans la journée.

Nous lui faisons prendre par la suite des extraits glandulaires.

En somme M. Bu présente un « acte Bref ». Hyperémotif, élevé dans des principes rigides, s'adonnant par ailleurs à la masturbation, notre jeune homme nous fournit une observation de complexe médico-religieux.

OBSERVATION XIX

(Inhibition par crainte des maladies vénériennes, et des conséquences de l'onanisme).

M. Pel..., âgé de 22 ans, étudiant, vient nous consulter pour impuissance.

Il s'est beaucoup masturbé dans l'adolescence et les pollutions nocturnes se répètent à peu près tous les 15 jours, suivies d'une grande fatigue.

Pas de maladie vénérienne à signaler dans les antécédents.

Le premier rapport sexuel remonte à l'âge de 19 ans avec une professionnelle et lui a paru un peu long.

5 ou 6 mois après, au cours d'un second rapport avec une professionnelle l'érection a tardé à se manifester et a duré 3 minutes.

Un peu plus tard, M. Pel..., a un rapport avec une amie, mais l'érection ne se produit guère plus vite.

L'année suivante, les tentatives de coït restent sans succès parfois l'érection n'est plus possible ; d'autres fois, elle cesse à la moindre tentative d'intromission.

Notre jeune homme, par ailleurs, se porte bien, il travaille facilement, dort bien et présente des pollutions nocturnes sans fatigue consécutive.

Nous revoyons M. Pel..., quelques semaines plus tard. Il se sent mieux et dit avoir eu une érection au cours d'une visite au salon des Humoristes.

Il nous avoue avoir très peur des maladies vénériennes, mais cette appréhension est moins marquée que lors des premiers rapports.

Mis en garde par son père, il est resté très ému à la suite de certaines lectures sur l'onanisme. Il ne savait pas au début que cet acte était dangereux mais il a appris par une brochure que cela amenait la stérilité, détruisait la mémoire.

Il croit d'ailleurs avoir moins de mémoire depuis un an et se tourmente de ne pouvoir se défaire de cette habitude.

En somme nous avons là un cas d'impuissance par un mécanisme inhibiteur dû à la peur des maladies vénériennes, à l'appréhension des conséquences de l'onanisme.

OBSERVATION XX

(Inhibition chez un masturbateur hyperémotif).

M. Val..., âgé de 18 ans, employé de banque vient consulter en mars 1930 parce qu'il a des érections non suivies d'éjaculation.

Il a eu son premier rapport à 17 ans et depuis 2 ou 3 essais sont restés infructueux quant à l'éjaculation.

Notre jeune homme a commencé à se masturber à l'âge de 15 ans ; mais n'ayant pu éjaculer, il s'est abstenu, ne s'adonnant plus aux pratiques solitaires que rarement, dans l'espoir d'un changement (masturbation de contrôle).

On ne relève pas d'antécédents vénériens ni de lésions de l'appareil génito-urinaire, Seule une légère congestion de l'urètre postérieur est constatée à l'urétrocystoscope de Mac Carty.

M. Val..., sur nos conseils prend du gardenal et des extraits glandulaires.

Son moral est bon, il a confiance et espère être bientôt amélioré.

Au bout de plusieurs mois de traitement, il constate des érections nombreuses et de longue durée au réveil et pendant la journée.

Nous lui conseillons alors un rapport qui dure 5 minutes avec une érection et une éjaculation satisfaisantes.

M. Val..., vient nous voir le lendemain et donne une impression de bien-être, de contentement.

Les mois suivants l'amélioration se maintient ; notre jeune homme a des rapports normaux toutes les semaines et sans fatigue aucune.

Nous avons là un cas d'impuissance guérie portant sur l'éjaculation chez un masturbateur hyperémotif.

OBSERVATION XXI.

(Inhibition chez un enfant portant sur la miction).

M. Tsy..., âgé de 15 ans, aîné de 3 enfants, jusque-là bien portant, éprouve depuis 3 ans de la difficulté à uriner.

Il est souvent obligé d'attendre 2 à 3 minutes et s'il lui arrive de se retenir, la miction devient alors impossible.

A chaque visite il se plaint de nouveaux ennuis, dit avoir uriné en plusieurs jets, dit avoir des urines vertes.

Il s'étudie donc beaucoup et ces différentes constatations le préoccupent.

Notre jeune homme essaie en vain d'uriner devant nous et à l'examen on constate un petit méat dû à une cicatrice de l'extrémité de la verge à la suite de la circoncision.

Un séjour de deux mois à la campagne et une cure de gynergène l'améliorent considérablement.

Il urine plus fréquemment et sans attente.

Nous n'avons pas là un cas d'impuissance mais nous avons cru intéressant de citer cette observa-

tion qui cadre avec la notion de spasme inhibiteur chez un enfant hyperémotif très préoccupé de son état.

OBSERVATION XXII

(Inhibition chez un sujet élevé dans des principes rigoureux).

M. Ch..., âgé de 44 ans veuf, sans enfants, vient consulter à l'hôpital Cochin. Il a été opéré en 1930 d'un kyste de l'épidydime à droite et présente un varicocèle gauche.

Depuis quelques temps M. Ch..., croit avoir constaté une légère atrophie du testicule gauche.

Il n'a jamais eu une vie sexuelle très active ; mais il est surpris de n'avoir plus aucun désir, de n'avoir plus d'érection quand il se trouve avec une femme.

Nous relevons dans ses antécédents personnels une claustration de deux ans pour délits politiques et militaires et depuis M. Ch..., a la sensation constante d'être traqué.

Autre point intéressant notre malade a été élevé d'une façon austère par des parents rigides. Seul garçon sur quatre enfants, il a toujours vécu auprès de ses sœurs qui ne se sont pas mariées.

Aussi considérerait-il l'acte sexuel comme une faute en dehors du mariage.

Par ailleurs il redoute ce qu'il appelle les maladies honteuses et évite les femmes ; il avoue le regretter cependant.

Après un repos de quelques jours où il prend des extraits glandulaires M. Cha..., sent un réveil marqué de sa sexualité. Il a des désirs, mais les érections sont encore insuffisantes.

Le moral est meilleur et il envisage avec sérénité la reprise d'une vie sexuelle normale.

Nous avons là un cas d'impuissance chez un surmené, fatigué par les privations d'un emprisonnement. Cette observation nous a paru cependant s'expliquer par un mécanisme inhibiteur. En effet nous nous devons de noter l'éducation sévère reçue par le malade qui est resté très longtemps chaste pour ne pas déroger aux principes de son entourage.

OBSERVATION XXIII

(Impuissance relevant des facteurs inconscients).

M. God..., âgé de 28 ans, employé de commerce, vient consulter parce qu'il n'a plus de désirs sexuels, ni d'érections.

Il a eu son premier rapport à 14 ans avec une jeune fille, puis il a mené une vie sexuelle normale jusqu'à 20 ans.

Parti en mars 1929 au Gabon M. God..., y a mené une vie calme avec rapports très espacés ; revenu en France en décembre 1929 il n'a pas éprouvé de désir et a attendu le mois de juillet pour avoir un rapport sans succès d'ailleurs.

M. God..., présente, depuis, des érections nocturnes et des pertes séminales aux cours de rêves érotiques ; mais il ne peut obtenir une érection quand il est éveillé.

On ne relève pas de maladie vénérienne dans ses antécédents.

Par ailleurs M. God..., est très timide vis-à-vis des femmes il manque de confiance et éprouve un sentiment vague d'infériorité.

Il garde rancune à ses partenaires les plus récentes qui sont des professionnelles et se montre ombrageux au sujet de leur comportement. Il oppose leur attitude à la docilité des femmes indigènes qu'il a connues au Gabon.

Autre point intéressant M. God..., est sentimental et capable d'un attachement profond. Il a des remords quand il s'agit d'une jeune fille et parle avec respect des « jeunes filles sages qui sacrifient leur vertu ».

C'est là un cas d'impuissance purement psychique, avec facteurs inconscients relevant plutôt de la psychanalyse.

OBSERVATION XXIV

(Inhibition par facteurs inconscients).

M. Lant..., âgé de 30 ans, mécanicien, marié depuis 12 ans, vient consulter pour une diminution de la puissance sexuelle remontant à 8 mois.

Il n'a jamais eu de maladies vénériennes et son impuissance s'est manifestée progressivement.

M. Lant a conservé le désir de la femme, ce qui lui permet d'avoir des érections ; mais le contact féminin suffit à les supprimer.

Il dit n'avoir jamais abusé de la masturbation et à eu son premier rapport à 16 ans avec une professionnelle. Puis il est resté chaste pendant 2 ans et s'est marié.

Au début il avait des rapports normaux avec sa femme mais ne pouvait en avoir avec d'autres.

Il avait une maîtresse dont il s'était séparé et c'est en la revoyant quelques mois après que les troubles sexuels ont apparus.

Puis l'impuissance s'est généralisée et s'est étendue à sa femme légitime.

M. Lant... ne présente plus, à l'heure actuelle, ni érections, ni pertes séminales. Cependant, au cours d'un rêve

il s'est vu auprès de son amie et a pu obtenir pendant le sommeil une érection normale mais non suivie d'éjaculation.

Nous avons là un cas typique d'inhibition pendant les états de conscience alors que l'érection est possible en cours de rêves.

La cause psychique est ici difficile à déceler. Un interrogatoire prudent et prolongé peut seul permettre d'y arriver. La psychanalyse peut être alors d'une grande utilité.

OBSERVATION XXV

(Inhibition consécutive à un choc affectif).

M. Pal..., comptable, âgé de 30 ans, vient consulter dans le service du Pr Claude pour un état d'asthénie avec dépression et légère anxiété.

On ne relève pas dans ses antécédents de période dépressive antérieure et il nous dit lui-même que ses troubles ont apparu du jour où il a été abandonné par sa femme qui a quitté le domicile conjugal.

M. Pal..., est un hyperémotif dont les réactions ne s'accompagnent pas de manifestations extérieures. Tout semble se passer en dedans.

Il s'analyse admirablement et nous décrit les modifications apportées dans sa vie, son activité et ses sentiments par son chagrin récent.

Il a abandonné son métier de comptable devant les difficultés qu'il éprouvait dans le plus simple calcul mental.

Il dit ne plus pouvoir fixer son attention et son activité se réduit à quelques travaux de jardinage.

Fait intéressant, il prétend avoir perdu la notion du

temps. Les heures, les jours coulent sans qu'il s'en aperçoive.

Il donne à première vue une impression d'indifférence totale, démentie par le souci qu'il a de voir son état s'améliorer et par son assiduité à la consultation du Pr Claude.

Parmi les symptômes qu'il présente nous nous devons de signaler des tendances insomniques, quelques troubles hypochondriaques et surtout de l'*impuissance sexuelle*, qui le préoccupe au premier chef.

Il n'a plus de désir et n'a plus eu d'érections depuis que sa femme l'a quitté. Il admet difficilement notre hypothèse tendant à lui prouver qu'il peut exister un lien de causalité entre le départ de sa femme et son impuissance ou plutôt sa *frigidité* actuelle.

Il nous donne comme argument qu'il ne pense plus à l'infidèle, qu'il ne l'aime plus et qu'il ne souffre plus de son abandon.

En faveur cependant de notre hypothèse nous nous devons de signaler qu'il lui arrive très fréquemment, au cours de cauchemars, parfois suivis d'anxiété, de revoir sa femme en rêve et d'en conserver au réveil une impression des plus pénibles.

Cette observation que nous donnons en dernier lieu nous paraît devoir être rangée parmi les cas d'inhibition. Elle est cependant à la limite des mécanismes totalement inconscients et pourrait au même titre figurer dans une étude des impuissances par complexes affectifs refoulés.

Nous nous devons de plus, de faire remarquer dans ce cas que l'inhibition se manifeste ici au maximum et que la libido est frappée d'interdiction à son origine.

COMMENTAIRES

De l'analyse des différentes observations que nous venons de rapporter il nous paraît maintenant permis de mettre en valeur divers mécanismes d'inhibition pour en dégager une notion commune.

Dans le 1^{er} groupe d'observation (observ. n^o I à VIII) le mécanisme nous paraît-êtr simple. Il s'agit là de phénomènes de sidération dus à des commotions, ou à des blessures et rappelant les conséquences plus générales de traumatismes ou de lésions du cerveau et de l'axe cérébro-spinal.

Les observations des commotionnés de guerre ont apporté un matériel assez considérable qui permet maintenant de mieux comprendre ces phénomènes de *sidération*.

Sur un plan inférieur on peut envisager un mécanisme analogue provenant de blessures, de lésions, douloureuses ou non, des organes de l'appareil génito-urinaire. Il s'agirait ici de phénomènes d'inhibition réflexe provoqués par la douleur ressentie à l'occasion d'un rapport sexuel ou simplement d'une érection.

Nous n'insisterons pas davantage sur les cas trop connus d'impuissances sexuelles secondaires à des

états de fatigue, de surmenage, d'affections débilitantes ou simplement d'états dépressifs.

Ce sont là des faits courants en pratique médicale et qui sont à rapprocher de ceux occasionnés par des maladies telles que le diabète, la syphilis nerveuse, etc

Autrement intéressants nous apparaissent les cas que nous avons rapportés dans notre second groupe d'observations, ou en l'absence d'une lésion locale ou d'une affection générale l'élément psychique ou émotif paraît être au premier plan et devoir être seul retenu.

Ici le souvenir plus ou moins conscient d'une atteinte de l'appareil génito-urinaire ou l'appréhension d'une douleur suffit à freiner ou à inhiber les mécanismes normaux de l'érection et de l'éjaculation.

Nous nous devons cependant de souligner les cas où une dissociation paraît exister entre ces deux mécanismes et où l'éjaculation est possible alors que l'érection est souvent insuffisante (Acte bref).

Dans certains de ces cas l'éjaculation prématurée est conditionnée d'une façon générale par l'état émotif et plus particulièrement par l'appréhension d'une éjaculation précoce.

Nous retrouvons également cette dissociation dans les observations où l'érection est possible, durable ; l'inhibition porte exclusivement sur l'éjaculation (masturbateurs).

En l'absence de souvenirs pénibles ou douloureux provenant de maladies vénériennes, on peut constater au cours de l'interrogatoire de certains impuis-

sants, l'existence de certaines appréhensions concernant l'activité sexuelle (masturbation ou coït). Plusieurs de nos malades nous ont avoué avoir conservé de la lecture de certains ouvrages de vulgarisation, la notion que l'on devenait impuissant à la suite de masturbations fréquentes, que l'onaniste est exposé à des maladies redoutables (tuberculose, cancer, démence, imbecilité). D'autres ont insisté sur leur appréhension de maladies vénériennes qu'ils s'imaginaient devoir contracter au moindre coït. D'autres enfin nous ont paru censurer leur activité sexuelle pour des raisons d'ordre familial, moral ou religieux.

Ce sont là à notre avis autant d'éléments inhibiteurs qui suffisent à rendre l'acte sexuel impossible chez de pareils sujets.

Il existe enfin, des cas d'impuissance ou plutôt de frigidité ou le désir sexuel (libido) est frappé d'interdit à l'origine à la suite de chocs affectifs ou de déboires sentimentaux. La dernière observation que nous rapportons (observation n° 25) paraît en être un exemple frappant.

L'Impuissance est ici une des manifestations d'un phénomène inhibiteur global qui interdit au sujet toute activité professionnelle, intellectuelle ou sexuelle.

Il se met inconsciemment en marge et s'interdit de participer à toute manifestation affective ou sociale.

Le cas de ce malade rappelle par certains côtés les observations qui ont servi au professeur Claude

de bases à ses théories sur la schizophrénie, où il existe au maximum, ce désintérêt du milieu ambiant, cette dissociation entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, cette pseudo indifférence du malade plongé dans son autisme.

Elle termine la série de nos observations où les facteurs d'inhibition se laissent assez facilement retrouver. Elle pourrait d'autre part, servir de point de départ à une série de nouvelles observations où l'inhibition paraît relever de facteurs inconscients, complètement refoulés par le sujet comme inacceptables par sa conscience (perversions, fétichisme, homosexualité, sadisme, masochisme, arriération ou régression sexuelle à un stade infantile primitif ou simple frigidité).

Il y aurait là matière à un travail des plus intéressants mais qui dépasserait de beaucoup les limites que nous nous sommes fixés pour ce modeste travail.

V

TRAITEMENT

En dehors des indications thérapeutiques précises qui découlent de la constatation d'une lésion de l'appareil génito-urinaire, de la notion d'une maladie générale (diabète, tabès, syphilis nerveuse, etc.), d'une atteinte de la santé générale ou d'un état dépressif il existe, nous semble-t-il, des règles précises sur la conduite à tenir en présence de pareils malades et des indications formelles sur ce que le médecin ne doit pas faire.

Il faut avant tout éviter de décourager ces malades par des tentatives répétées et infructueuses.

Il faut savoir obtenir leur confiance et leur faire partager notre optimisme.

Le mot impuissance nous paraît devoir, en raison de son sens péjoratif, être remplacé dans nos conversations avec les patients par le terme *Inhibition* qui autorise des perspectives de guérison et de retour à la normale par la disparition du mécanisme de freinage.

Les praticiens ont trop longtemps abusé de thé-

rapeutiques toniques intempestives (strychnine, arsenic, yohimbine) qui ne font à notre avis qu'exagérer les états de spasme chez les hyperémotifs ou de congestion locale chez des sujets prédisposés à la congestion de leur urètre postérieur.

Nous nous sommes toujours bien trouvés d'instituer dans un premier temps une thérapeutique sédative (gardenal, crataegus, passiflore) qui a pour but d'atténuer les manifestations excessives d'un tempérament hyperémotif, pour recourir ensuite selon les cas à un traitement opothérapique énergique (extraits testiculaire, androstine associée ou non à l'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse).

Certaines explorations, dilatations préalables, examen au cystoscope, ont suffi à réveiller une sexualité latente et à faire cesser le réflexe conditionné inhibiteur.

On peut aller plus loin dans certains cas et procéder à une cautérisation ou à une électrisation du véru montanum, qui réveille de la même façon un réflexe physiologique normal, par une excitation sensitive énergique.

Enfin il semble bien que dans certains cas où le mécanisme est assez profondément enfoui dans l'inconscient du sujet, on soit amené à recourir à un traitement psychanalytique ; mais c'est là un traitement long qui n'est pas sans danger pour le malade et qui ne saurait à notre avis devoir être institué qu'en dernier ressort et dans les cas de sujets plus frigides qu'impuissants.

CONCLUSIONS

L'impuissance est l'impossibilité d'accomplir l'acte sexuel chez un sujet en apparence normal qui en a le désir et ne peut arriver à ses fins.

Elle est due parfois à une *inhibition psychique*.

Il existe deux sortes d'impuissance : dans une première variété se rangent :

a) Les formes dues à une lésion locale, infectieuse (blennorragique), traumatique, etc...

b) Les formes dues à une cause générale à la suite du surmenage, de fatigue, dans certains cas de diabète, de tabès, de paralysie générale, etc...

A ces formes d'impuissance que nous qualifierons de secondaires, s'oppose l'impuissance primitive, phénomène d'inhibition purement psychique, ne s'accompagnant jamais de lésion organique ou de troubles fonctionnels patents.

Le mécanisme de ces deux variétés d'impuissance est différent : dans les formes secondaires, il existe un obstacle réel dans la transmission (lésion nerveuse ou de l'appareil génito-urinaire).

Dans les formes primitives, on peut concevoir un freinage à l'origine (*inhibition*).

Le rôle de l'émotion dans ce freinage est incontes-

table, la peur d'une maladie vénérienne, le souvenir d'une affection douloureuse, la censure morale chez les sujets exagérément chastes, et bien des causes d'ordre affectif peuvent être à l'origine du réflexe inhibiteur.

C'est là qu'intervient la notion du réflexe conditionné : une représentation inhibitrice, un souvenir pénible ou douloureux se substitue à une image séduisante et normalement attractive. Ces associations par contraste provoquent un état de spasme inhibiteur.

Il doit donc exister une inhibition à l'origine pendant les états de conscience, alors que la sexualité est d'autre part normale au cours des rêves et permet des érections suffisantes accompagnées ou non d'éjaculation.

Il est bon de faire des réserves au sujet des causes inconscientes dans certains cas complexes : l'homosexualité inconsciente latente, les perversions sexuelles, mais ces cas dépassent le cadre de ce travail.

En présence d'un impuissant il est toujours nécessaire de commencer par un examen organique complet pour éliminer les impuissances secondaires dont le traitement variera avec la cause.

Une analyse d'urines, un toucher rectal, un examen à l'urétrocystoscope de Mac Carty, un examen neurologique seront indispensables.

Dans les cas d'impuissance primitive, il faudra tout d'abord traiter l'émotivité par des calmants

(gardenal, belladone, crataegus, etc...), sauf dans les cas de surmenage, d'asthénie ou de fatigue se manifestant par d'autres signes ; une médication stimulante (strychnine) sera alors indiquée.

La psychothérapie s'emploiera à rechercher la cause affective qui est à l'origine de l'inhibition et à réduire l'appréhension illégitime parfois inconsciente du malade.

Il est indispensable de mettre le malade en confiance et de lui interdire les tentatives répétées et infructueuses qui renforcent l'inhibition.

Dans certains cas, plus complexes, on peut avoir recours à la psychanalyse.

Il faut compléter le traitement par des extraits glandulaires ; d'autre part, le réveil du réflexe normal peut être provoqué par l'excitation locale (cautérisation du véru montanum à l'aide d'une solution de nitrate d'argent concentré ou par électrisation.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD

Vu, le Président,
CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur
L'Inspecteur de l'Académie
J. PERRON

BIBLIOGRAPHIE

- AUSTREGESILO. — *La neurasthenia sexual y sy tratamiento*, Manuel Martin, éd. Barelbona, 1929.
- ARULLANI. — *L'Impotenza psychica*, Pensiero Med., 18, 30 sept. 1929.
- BINET. — *Revue philosophique*, 1897.
- BLUM. — *Courrier médical*, 23 mars 1930.
- BLUM. — *Symptomatologie et diagnostic des affections urogénitales*, Leipzig, 1909.
- BROWDI. — *Impotency and sterility in the male Practitioner*, Lond., 1924.
- BUSQUET. — *Traité de physiologie collection Roger*, Masson, éd.
- BUSQUET. — *La fonction sexuelle encyclopédie scientifique*, Paris, 1910.
- CAMUS (P.). — *Médications symptomatiques*, in Gilbert et Carnot. Bibliothèque de thérapeutique, t. XVII, Paris, 1914.
- CARNOT ET BEAUFILE. — *Progrès médical*, 1910.
- CLAUDE ET MONTASSUT. — *La compensation ideo affective*, Enceph., octobre, 1925.
- CLAUDE. — *Démence précoce, schizomanie, schizophrénie*, Enceph., octobre, 1924.
- COCKBURU. — *Essais et observations de Médecine d'Edimbourg*, Paris, 1740.
- CURSCHMAN. — *Die funktionellen Storungen der manlichen genitalien in Ziemssens Handbuch*, 2^e édition, 1878, t. IX.
- DE AZUA. — *Impotencia psiquica*, Siglo, Med., Madrid, 1916, LXIII, p. 338.
- DE FLEURY. — *Les grands symptômes neurasthéniques*, 4^e édition, Paris, 1910.
- DEJERINE ET GAUCKLER. — *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, Paris, 1911.

- DOYON. — *In Morat et Doyon. Traité de physiologie*, t. V, Paris, 1918.
- DUBOIS. — *Les psychonévroses*, 3^e édition, Paris, 1909.
- ECKHARDT. — *Beitrage zur. Anat. und. physiol.*, Giessen, I, 1855.
- EDDLEMAN. — *Impotence*, Ann. Med., Burlington, 1925.
- FINGER. — *Die pathol. und. therapie der sterilitat beinmanne*, Leipzig, 1898.
- FLATAU. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n^o 13, 1914.
- FLATAU. — *Potenz storungen und rechtsprechunmg.*
- FRANCK (Fr.). — *Archives de physiol. normale el pathol.*, VII, 1895.
- FURBRINGER. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n^o 18, 1912.
- FURBRINGER. — *Die storungen der geschlechtfunktionellen Desmanes*, Wien, 1901.
- GENEST. — *Comment prévenir et guérir l'impuissance et la stérilité chez l'homme et chez la femme.*
- GENTY ET RAYMOND HAMET. — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, nov. 1923. — *Contribution à l'étude de la symptomatologie et étiologie de l'asthénie génitale.*
- GOLTZ. — *Arch. f. die ges. physiol.*, VII, 1874.
- HAMET. — *Revue de psychothérapie*, avril, 1913.
- HARTENBERG. — *Traitement des neurasthénies*, 2^e éd., Paris, 1912.
- HOGGE ET DIVRY. — *Physiologie sexuelle.*
- KRAFT EBING. — *Psychopatia sexualis*, Paris, 1895.
- KRONFELD. — *Ueber psychique importeur, nervenazt* 2, 15 sept., 1929.
- LAFORA. — *Impotenzia sexual masculina de forma psiquica*, siglo med., Madrid, 1925, L. XXIV, p. 237.
- LE FUR. — *L'Impuissance génitale et son traitement*, Paris.
- LESPINASSE. — *Revue urol. et cutanée*, Saint-Louis, 1920, XXIV.
- LISSMAN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913, n^o 21.
- LYDSTON. — *Impotence and sterility*, Chicago, 1917.
- LITVAK. — *Gazette des hôpitaux*, 8 juin, 1920.
- LOEPER ET VERPY. — *Progrès médical*, 15 mars, 1919.
- LAIGNEL LAVASTINE. — *Progrès médical*, 9 octobre, 1920.

- LAFORGUE R. ET ALLENDY. — *L'Impuissance*, Bulletin Méd., Paris, 1924.
- LOPEZ. — *Impotenzia sexual transitoria en conscriptor y su curacion*, Semana med., Buenos-Aires, 1921.
- LOUMEAU. — *Impuissance et syphilis*, Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux, 1921.
- MAGNAN. — *Communication à l'académie de médecine et à la société médico psycholo.*, 1889.
- MAGNUS HIRSCHFELD. — *Sexual pathologie*, 3^e partie, chap. III.
- MANTEGAZZA. — *Hygiène de l'amour*, Paris, Tallandier.
- MINKOWSKI. — *Communication à la société de psychiatrie de Paris*, séance du 15 mars 1923, Journal de psychologie normale et pathol., t. XX, Paris, 1923.
- ORLOWSKI. — *Zeitschrift f. urologie*, t. XV, 1921.
- ORLOWSKI. — *Dir impotenz des Manes*, 4^e éd., Leipzig, 1922.
- PERRENS. — *Gazette Hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 8 mai, 1921.
- RIGALL. — *Psycho sexual impotence*, Med. Presse, London, 1920.
- ROHLER. — *Troubles fonctionnelles de la génération chez l'homme*, t. III, Leipzig, 1913.
- ROJAS. — *Conférence à la Pitié sur l'Impuis. sexuelle en 1927*.
- ROUBAUD. — *Traité de l'impuissance et de la stérilité*, Paris, 1855, t. I.
- SÉRIEUX. — Thèse de Paris, 1888-89. *Recherches cliniques sur les différentes anomalies de l'instinct sexuel*.
- STECKEL. — *Die impotenz Des manes*, Berlin, 1920.
- VOIVENEL. — *La maladie de l'Amour*.
- VOIVENEL. — *Musculature et psychologie paradoxales des impuissants*, Progrès médical, Paris, 1925.
- VAN DETR ELST. — *Impuissance sexuelle*, Presse médicale, avril, 1928.
- WELFELD. — *Psychie impotence mâle*, Illinois, M. J., août, 1930.

IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE. — SAINT-AMAND (CHER). — 7-3-1932
